

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SATISFAÇÃO COM A VIDA EM PESSOAS SEROPOSITIVAS AO VÍRUS DA
SIDA**

Sara Rodrigues Duque

Junho de 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor ***Marina Natália Romeira
Prista Guerra*** (FPCEUP).

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SATISFAÇÃO COM A VIDA EM PESSOAS SEROPOSITIVAS AO VÍRUS DA
SIDA**

Sara Rodrigues Duque

Junho de 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor *Marina Natália Romeira
Prista Guerra* (FPCEUP).

Sara Rodrigues Duque
Presidente: Doutora Maria Emília Costa
Arguente: Doutora Leonor Lencastre
Orientador/a: Doutora Marina Prista Guerra
Classificação: 17 valores

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Aproveito para agradecer a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a concretização desta etapa ao longo destes cinco anos.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à orientadora desta tese, Professora Doutora Marina Prista Guerra, por toda a sua dedicação, disponibilidade, apoio e por todo o incentivo prestado ao longo deste processo.

Gostaria de agradecer às instituições que acolheram este projeto e contribuíram, com todo o esforço e dedicação, para a sua concretização nomeadamente, o Hospital de Joaquim Urbano, no Porto e à Associação ABRAÇO do Porto.

Agradeço a todas as pessoas que ativa e voluntariamente participaram neste estudo.

Quero agradecer aos meus Pais pela confiança, apoio, carinho e amor incondicional que sempre me deram, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão, por todo o seu apoio e dedicação.

Agradeço ao João por todo o amor, carinho, amizade e paciência.

A todos os meus amigos e colegas de curso que me acompanharam ao longo desta caminhada.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

O principal objetivo deste estudo consiste em compreender algumas variáveis envolvidas na satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA, entendendo esta como uma forma positiva de adaptação à doença e determinar um modelo preditor da mesma. Pretendemos observar as associações existentes entre as características sociodemográficas, variáveis clínicas, variáveis psicológicas como o distress, sentido de vida, perceção do controlo da doença (locus de controlo) e respostas de resolução de problemas (coping) com a satisfação com a vida. Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido no Centro Hospitalar do Porto e na Associação ABRAÇO do Porto com uma amostra de 40 utentes adultos com diagnóstico de Infecção VIH/SIDA, que frequentam as consultas de psicologia. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de caracterização da amostra, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Escala de Sentido de Vida, Brief-Cope, Escala de Locus-de-Controlo de Saúde e Satisfaction with Life Scale.

Os resultados obtidos sugerem que não existem diferenças nas características sociodemográficas e clínicas em relação à satisfação com a vida. Contudo, verificou-se a existência de associações entre a satisfação com a vida e o distress, o sentido de vida e o coping. O modelo preditor da satisfação com a vida contempla o distress e o sentido de vida, é significativo e explica 33,1% da variância, no entanto o distress revelou ser a única variável com contribuição única para a explicação da perceção da satisfação com a vida.

A intervenção psicológica junto desta população deve contemplar estes fatores, promovendo a perceção da satisfação com a vida, facilitando o sentido de vida, respostas de coping positivas e diminuindo o distress de forma a promover a adaptação à doença.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação com a vida; VIH/SIDA; Adaptação à doença.

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyse some variables related to life satisfaction in HIV/AIDS Infection. To explore the existing associations between sociodemographic characteristics, clinical and psychological variables such as distress, life meaning, perception of disease control (locus of control) and responses to problem solving (coping) with life satisfaction. The final aim is to determine a predictive model for life satisfaction once is considered to be a positive form of adaptation to the disease. This is a descriptive study conducted in Centro Hospitalar do Porto and the Associação ABRAÇO in Porto with a sample of 40 adult patients diagnosed with HIV/AIDS Infection, attending consultations psychology. The instruments used were: Questionnaire characterization of the sample, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Meaning of Life Scale, Brief-Cope, Health Locus-of-Control Scale and Satisfaction with Life Scale.

The results suggest that there are no differences in sociodemographic and clinical characteristics in relation to life satisfaction. However, we found the existence of associations between life satisfaction and distress, meaning of life and coping. The model to predict life satisfaction contemplates distress and meaning of life, and explains 33,1% of variance however, distress is the one with the unique contribution to the explanation of the perception of this variable.

Psychological intervention with this population should consider these factors, promoting the perception of life satisfaction, facilitating life meaning, positive coping responses and decreasing the distress in order to promote adaptation to disease.

KEYWORDS: Life satisfaction; HIV/AIDS; Adaptation to illness.

RÉSUMÉ

L'objectif principal de cette étude est celui de comprendre, dans les cas d'infection par le VIH/SIDA, certaines variables impliquées dans la satisfaction de vie, envisageant celle-ci comme une forme positive d'adaptation à la maladie, et déterminer un modèle capable de la prévoir. Nous avons l'intention d'observer les associations existantes entre les caractéristiques sociodémographiques, les variables cliniques, et les variables psychologiques telles que la détresse, le sens de la vie, la perception de contrôle des maladies (locus de contrôle), les réponses à la résolution de problèmes (coping) et la satisfaction de vie. Il s'agit d'une étude descriptive menée à Hôpital Central de Porto et à l'Association ABRAÇO de Porto, avec un échantillon de 40 patients adultes diagnostiqués avec l'infection à VIH/SIDA qui participent à des consultations de psychologie. Les instruments utilisés sont: Questionnaire de caractérisation de l'échantillon, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Échelle du Sens de vie, Brief-Cope, Échelle de Locus-de-Contrôle de Santé et Satisfaction Life Scale.

Les résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différences dans les caractéristiques sociodémographiques et cliniques en matière de satisfaction de vie. Cependant, nous avons constaté l'existence d'associations entre la satisfaction de vie et la détresse, le sens de la vie et le coping. Le modèle capable de prévoir la satisfaction de vie considère la détresse et le sens de vie; dans ces cas ils sont importants et expliquent 33,1% de la variance ; cependant, la détresse s'est avéré être la seule variable avec une contribution unique à l'explication de la perception de la satisfaction de vie.

L'intervention psychologique auprès de cette population devrait tenir compte de ces facteurs, stimulant la perception de la satisfaction de vie, en donnant un sens à la vie, des réponses de coping positives et en diminuant la détresse afin de favoriser l'adaptation à la maladie.

MOTS-CLÉ: Vie satisfaction; VIH/SIDA; Adaptation à la maladie.

ÍNDICE GERAL

| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. A Infecção VIH/SIDA | 10 |
| 2. Variáveis associadas à vivências das pessoas seropositivas | 10 |
| 2.1. Distress | 11 |
| 2.2. Sentido de Vida | 11 |
| 2.3. Coping | 12 |
| 2.4. Locus de Controlo | 13 |
| 2.5. Satisfação com a vida | 13 |
| ESTUDO EMPÍRICO | |
| 1. Método | 15 |
| 1.1. Participantes | 15 |
| 1.1.1. Caracterização dos participantes – variáveis sociodemográficas | 15 |
| 1.1.2. Caracterização dos participantes – variáveis clínicas | 17 |
| 1.2. Material | 17 |
| 1.2.1. Questionário de caracterização da amostra | 17 |
| 1.2.2. Hospital anxiety and depression scale (HADS) | 17 |
| 1.2.3. Escala de sentido de vida | 18 |
| 1.2.4. Brief-Cope | 19 |
| 1.2.5. Locus-de-controlo de saúde | 20 |
| 1.2.6. Satisfaction with life scale | 20 |
| 1.3. Procedimentos | 21 |
| 1.4. Análise de dados | 21 |
| RESULTADOS | 23 |
| 1. Caracterização das variáveis psicológicas distress, sentido de vida, satisfação com a vida, locus de controlo e coping | 23 |
| 2. Estudo das diferenças de satisfação com a vida | 23 |
| 2.1. Variáveis sociodemográficas | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2. Variáveis clínicas | 24 |
| 3. Relação do distress, sentido de vida, locus de controlo e coping com a satisfação com a vida | 25 |
| 4. Modelo preditor de satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA | 27 |
| 4.1. Modelo preditor do Distress | 28 |
| 4.2. Modelo preditor do Sentido de vida | 28 |
| DISCUSSÃO | 29 |
| CONCLUSÃO | 35 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| ANEXO A - Parecer ético da Comissão de Ética para a Saúde do CHP e do Conselho de Administração | 44 |
| ANEXO B - Folheto Informativo | 48 |
| ANEXO C – Declaração de originalidade | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WHO – World Health Organization

TARV – Terapêutica anti-retrovírica

LC – Locus de Controlo

Introdução

1. A Infecção VIH/SIDA

A infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) começou por ser identificada no início dos anos 80, progride para o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010) e de acordo com a World Health Organization [WHO] (2013), aproximadamente 34 milhões de pessoas estão infetadas com este vírus e a sua transmissão pode ser efetuada pelas vias sexual, contaminação sanguínea e transmissão vertical (da mãe para o filho).

Segundo Pires (2006), esta doença tende a ser incerta, complexa e causadora de um grande sofrimento físico e psicológico, tanto para os seus portadores como para as pessoas mais próximas, evidenciando-se a influência dos fatores sociais na determinação da doença, bem como a importância que os processos cognitivos, motivacionais e emocionais desempenham no processo terapêutico e no sucesso do tratamento.

De acordo com a WHO (2013), o VIH continua a ser um dos mais importantes desafios de saúde pública no mundo isto porque, para além de estarem inerentes implicações físicas e psicológicas aos seus portadores, a sua aceitação ainda é dificultada por parte da sociedade. Segundo Guerra (1998), os portadores desta doença eram julgados como desviantes e os seus comportamentos eram respondidos, pela sociedade, de forma discriminatória e culpabilizadora, traduzindo-se em medo do contágio e no isolamento do seropositivo (Guerra, 1991).

Consequentemente, para muitas pessoas o diagnóstico positivo do VIH é vivenciado de forma negativa e estas experienciam tensão, depressão, distúrbios de humor (Bishop, 1994), revolta e ansiedade manifestada por agitação, insónia e ataques de pânico que se podem dever à sintomatologia da doença e por esta ser fatal e infecciosa (Guerra, 1992). Desta forma, a seropositividade pode ser encarada como uma crise permanente na vida das pessoas, que causa uma rutura com a homeostasia e que pode ser suportada de modos distintos, pois a sua adaptação poderá ser mais ou menos positiva (Guerra, 1997).

2. Variáveis associadas à vivência das pessoas seropositivas

Sob este tópico vamos enfatizar algumas variáveis que se apresentaram importantes na adaptação à Sida. Quer sob melhor qualidade de vida, melhor bem-estar geral e menos

distress, situações essas normalmente associadas a uma maior satisfação com a vida apesar da doença.

2.1. Distress

É uma reação normal do indivíduo experienciar mudanças no seu estado emocional após o diagnóstico de uma doença, nomeadamente o VIH/SIDA, e essas reações podem ser ansiedade, stress ou depressão que têm um impacto negativo no processo da doença bem como na sua adaptação (Ribeiro et al., 2007). Desta forma, a identificação precoce de sintomas de depressão e ansiedade, mais concretamente do distress psicológico originado, mostrou ser relevante no âmbito da saúde, sobretudo nesta problemática, uma vez que a sua prevalência foi verificada neste contexto (Israelski et al., 2007). Alguns estudos constatarem esta evidência, onde a ansiedade e a depressão (distress) se correlacionaram com sintomas de VIH (Gonzalez, Zvolensky, Parent, Grover & Hickey, 2012; Hand, Phillips & Dudgeon, 2006) e foi verificado que estes sintomas colocam o indivíduo em confronto com o seu estatuto que por sua vez aumentam o distress psicológico (Bing et al., 2001). Consequentemente, este estado dificulta o diagnóstico e a recuperação da doença (Ribeiro et al., 2007) visto que os sintomas depressivos se encontram associados a baixos níveis de adesão terapêutica (Wagner et al., 2011) e que comprometem o bem-estar e a própria satisfação com a vida (Bello, Steffen & Hayashi, 2011).

2.2. Sentido de Vida

Viktor Frankl, humanista existencial, foi pioneiro em conceitualizar o conceito de sentido de vida e segundo Guerra, refere-se à “existência consciente de um propósito ou missão na vida da pessoa que o faz orientar-se com destino à sua concretização” (1998, p. 114). Este conceito permite depreender como os fatores externos interferem na adaptação à doença, assim, esta dimensão permite-nos compreender como os indivíduos conseguem encontrar respostas para a sua vida, sendo este um fator essencial para a resolução de problemas (Guerra, 1998).

O sentido de vida está positivamente relacionado com estratégias de coping de sucesso (Auhagen, 2000) e pode funcionar como um facilitador para um coping positivo e resiliência emocional, contudo, para aqueles com menor sentido de vida, o stress, o afeto negativo, a desorientação e o desespero podem prevalecer (Jim & Andersen, 2007). Num estudo de Sherman e Simonton (2012) os autores verificaram que a preservação ou o restauro do sentido pessoal está positivamente relacionado com a adaptação psicológica,

com a percepção de um coping eficaz e de saúde e tem uma relação negativa com o distress emocional. Outros autores ainda defendem que o sentido de vida está positivamente associado com o bem-estar, mais satisfação com a vida, mais felicidade e menos depressão (Park, Park & Peterson, 2010).

2.3. Coping

Grande parte da pesquisa sobre o coping no VIH é baseada na Teoria Transaccional de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984) e esta postula que os processos de avaliação e de coping têm um papel importante na manutenção do bem-estar sob condições de stress (Moskowitz & Wrubel, 2005). O coping refere-se a pensamentos, comportamentos e avaliações individuais relacionadas com todos os aspetos da vida de um indivíduo e que exercem grande influência na saúde (Bishop, 1994). Alguns autores defendem que existem duas estratégias de coping que podem ser utilizadas: 1) coping focado no problema (forma como lida com o stress e com a alteração no ambiente); e 2) coping focado nas emoções (foca-se no controlo dos efeitos e na regulação emocional do stress) (Bishop, 1994; Johnson & Neilands, 2007; Moskowitz & Wrubel, 2005).

Ainda que a literatura sobre o VIH seja elevada e heterogénea, existe ainda pouca consistência em relação às medidas de coping existentes e a nível das estratégias utilizadas (Moskowitz, Hult, Bussolari & Acree, 2009). As estratégias de coping adotadas podem estar relacionadas com sintomas de depressão e de ansiedade (distress psicológico), como o coping cognitivo (Kraaij et al., 2008), ou coping de evitamento (Brincks, Feaster & Mitrani, 2010). Foi ainda verificado que estratégias de coping negativas, como auto-culpabilização e uso de substâncias, são associadas a comportamentos de risco de saúde e menor adesão (Lopez, Jones, Villar-Loubet, Arheart & Weiss, 2010; Sánchez, Rice, Stein, Milburn & Rotheram-Borus, 2010). Por outro lado, reavaliações positivas estão associadas com melhores resultados de coping nos indivíduos com VIH em todas as categorias afetivas, de comportamentos de saúde e físicas (Moskowitz et al., 2009) e a adoção de estratégias de coping religiosas foram associadas a resultados positivos e elevados níveis de bem-estar (Trevino et al., 2010).

Em relação à variável de satisfação com a vida, foi verificado que estratégias de coping positivas são um forte preditor da satisfação com a vida (Büsing, Ostermann, Neugebauer & Heusser, 2010), enquanto que estratégias de coping de evitamento e desadaptativas estão associadas com um menor nível de satisfação com a vida e qualidade de vida mental (Gibson et al., 2011; Pretorius, Walker & Esterhuyse, 2010).

2.4. Locus de Controlo

O construto de Locus de Controlo (LC) tem a sua génese na Teoria da Aprendizagem Social de Rotter, contudo Wallston et al. (1976) estenderam este conceito à saúde e outros autores definem-no como:

Uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe o que lhe acontece na vida e as consequências das suas ações e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno) ou, como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo). (Ribeiro, 1994, p.208).

Desde 1966, as investigações têm mostrado que LC é um importante preditor dos resultados de saúde e da adaptação à doença (Bishop, 1994; Ribeiro, 1994). Mais precisamente, foi verificado que o LC interno modera a relação entre variáveis de saúde e de comportamentos de saúde (Wallston, 1991).

Alguns estudos com amostras VIH positivas, mostraram que os indivíduos reportaram altos níveis de LC interno (Ubbiali et al., 2008) e que este tem um acesso mais direto com o stress, em comparação com o LC externo (Bishop, 1994). O LC devido ao “acaso”, mais frequente em idades mais avançadas (Grotz, Hapke, Lampert & Baumeister, 2011; Jacobs-Lawson, Waddell & Webb, 2011), revelou estar associado a comportamentos menos saudáveis de saúde (Grotz et al., 2011). Relativamente ao género, as mulheres revelam maiores níveis de LC externo do que os homens (Fiori, Brown, Cortina & Antonucci, 2006).

2.5. Satisfação com a vida

Segundo Diener, a satisfação com a vida refere-se à avaliação global de todos os aspetos da qualidade de vida das pessoas, baseada na experiência pessoal que recorre a medidas positivas (1989, citado por Ribeiro, 1998). Desta forma, este conceito refere-se a processos cognitivos e de julgamento (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), onde estes julgamentos, acerca de quanto os indivíduos estão satisfeitos, são baseados na comparação com um padrão que cada pessoa estabelece para si (Neto, 1993).

Um elevado nível de satisfação com a vida contribui positivamente para o bem-estar geral e para a qualidade de vida (Gomes, Borges, Lima & Farinatti, 2010; Heckman, 2003), desta forma, pode ser visto como uma adaptação bem sucedida para lidar com o VIH (Buseh, Kelber, Hewitt, Stevens & Park, 2006). Por outro lado, a ansiedade e a

depressão estabelecem uma relação negativa com a satisfação com a vida (Sanjuán, Ruiz & Pérez, 2010) e estratégias de coping resiliente, o estigma relacionado com o VIH (Logie, 2012) e a impressão subjetiva do estado da saúde (Buseh et al., 2006) desempenham um papel importante na predição da satisfação com a vida.

O nosso principal objetivo é compreender as variáveis envolvidas na satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA, entendendo esta como uma forma positiva de adaptação à doença. Salientamos a sua importância para a prática clínica, contribuindo para o bem-estar psicológico, para uma boa adaptação à doença, facilitando o nível da adesão à TARV. Desta forma, esta investigação contribui para a compreensão atualizada destes pressupostos e engloba o conjunto de todas as variáveis que contribuem para a satisfação com a vida. As variáveis em estudo encontram-se esquematizadas na Figura 1.

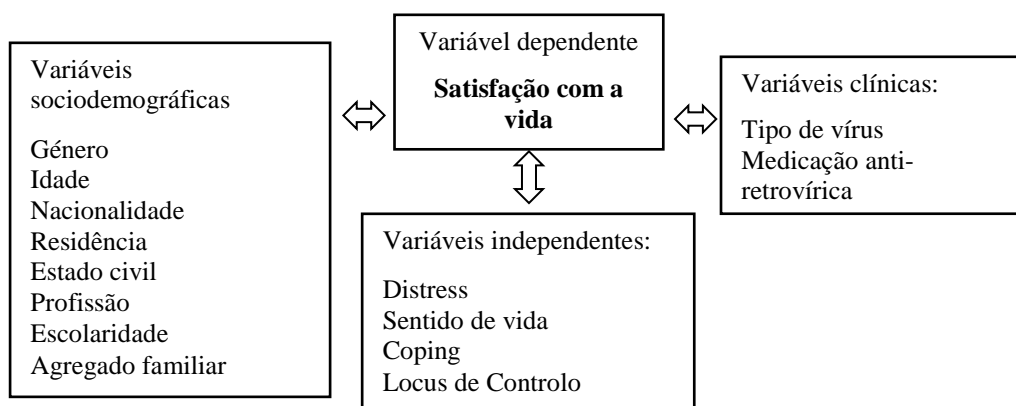


Figura 1. Sistematização da relação entre as variáveis independentes, dependente, sociodemográficas e clínicas estudadas na presente investigação

Tendo em conta o objetivo principal e a revisão da literatura, a presente investigação foi desenvolvida tendo em conta os seguintes objetivos específicos:

- 1- Caracterizar e comparar as médias observadas das variáveis em estudo com outras populações;
- 2- Verificar se há interferência das variáveis sociodemográficas e clínicas na satisfação com a vida;
- 3- Observar as associações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente (satisfação com a vida);
- 4- Analisar a magnitude de outras associações entre as variáveis independentes;
- 5- Estabelecer modelos preditores da satisfação com a vida.

Estudo Empírico

1. Método

1.1. Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra de indivíduos adultos portadores da Infecção VIH/SIDA provenientes do Centro Hospitalar do Porto (sendo 25 participantes atendidos na Consulta Externa) e da Associação ABRAÇO do Porto (15 participantes), tendo a amostra total 40 participantes.

Os critérios de inclusão dos participantes considerados neste estudo foram os seguintes: 1) idade igual ou superior a 18 anos; 2) apresentar um diagnóstico de infeção VIH/SIDA em qualquer estágio de evolução.

1.1.1. Caraterização dos participantes – variáveis sociodemográficas

A caraterização sociodemográfica dos participantes foi realizada com base na análise descritiva das variáveis. Relativamente à variável *total de agregado*, sendo uma variável quantitativa, são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão.

Quadro 1

Caraterização dos Participantes – Variáveis Sociodemográficas

| | <i>Mín</i> | <i>Máx</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|-----------------------|------------|------------|----------|-----------|
| Total agregado | 1 | 8 | 2,82 | 1,862 |

| | | N | (%) |
|---------------------------------------|------------------|----------|------------|
| Género | Masculino | 25 | 62,5 |
| | Feminino | 15 | 37,5 |
| Idade | 18-29 | 3 | 7,5 |
| | 30-39 | 13 | 32,5 |
| | 40-49 | 7 | 17,5 |
| | 50-59 | 13 | 32,5 |
| | Mais de 60 | 4 | 10,0 |
| Nacionalidade | Portuguesa | 39 | 97,5 |
| | Angolana | 1 | 2,5 |
| Local de residência (Concelho) | Porto | 21 | 52,5 |
| | Outros Concelhos | 19 | 47,5 |
| Local zona residência | Urbana | 35 | 87,5 |
| | Rural | 5 | 12,5 |
| Estado civil | Solteiro (a) | 17 | 42,5 |
| | Divorciado (a) | 11 | 27,5 |
| | Casado (a) | 9 | 22,5 |
| | Viúvo (a) | 2 | 5,0 |

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|----|------|
| | União de facto | 1 | 2,5 |
| Escolaridade | Não sabe ler ou escrever | 1 | 2,5 |
| | Sabe ler e/ou escrever | 1 | 2,5 |
| | 1º Ciclo | 13 | 32,5 |
| | 2º Ciclo | 4 | 10,0 |
| | 3º Ciclo | 9 | 22,5 |
| | Ensino Secundário | 7 | 17,5 |
| | Ensino Superior | 5 | 12,5 |
| Profissão/ocupação | Desempregado (a) | 21 | 52,5 |
| | Reformado (a) | 9 | 22,5 |
| | Ativo (a) | 7 | 17,5 |
| | Estudar | 2 | 5,0 |
| Agregado familiar | Família Nuclear | 26 | 65,0 |
| | Sozinho (a) | 10 | 25,0 |
| | Família Alargada | 15 | 37,5 |
| | Outros | 7 | 17,5 |

A amostra é constituída por 40 participantes provenientes do Centro Hospitalar do Porto e da Associação ABRAÇO do Porto.

Pela análise do Quadro 1 relativamente à variável *género* verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género masculino (62,5%).

Quanto à variável *idade* verificamos que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos com intervalo de idades entre os 30-39 anos (32,5%) e 50-59 anos (32,5%), seguida dos 40-49 anos (17,5%).

Os participantes são em grande parte de *nacionalidade* portuguesa (97,5%) e distribuem-se essencialmente pela cidade do Porto com uma percentagem de 52,5%, pertencendo a zonas urbanas (87,5%).

Relativamente à variável *estado civil* verificamos que a maioria dos participantes são solteiros (42,5%), seguida dos divorciados (27,5%) e casados (22,5%).

Em relação à variável *escolaridade*, observamos que a maioria dos sujeitos possui um baixo nível de escolaridade: 32,5% completaram o 1º Ciclo, 10% completaram o 2º Ciclo e 22,5% completaram o 3º Ciclo, representando 65% dos participantes que integram a amostra.

Quanto à variável *profissão/ocupação*, 52,5% dos sujeitos encontram-se desempregados, 22,5% encontram-se reformados, 17,5% encontram-se profissionalmente ativos e 5% encontram-se a estudar.

Relativamente à composição do *agregado familiar*, verificamos que 65% dos participantes vivem com a família nuclear (cônjuge/companheiro (a) e/ou filhos), 37,5% vivem com a família alargada (pai/mãe/irmãos/avós) e 25% vivem sozinhos.

1.1.2. Caraterização dos participantes – variáveis clínicas

A caraterização das variáveis clínicas é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2

Caraterização dos Participantes – Variáveis Clínicas

| | | N | (%) |
|--|-----------|----|------|
| Tipo de vírus | VIH1 | 39 | 97,5 |
| | VIH1 VIH2 | 1 | 2,5 |
| Toma medicação anti-retrovírica | Sim | 33 | 82,5 |
| | Não | 7 | 17,5 |

Pela análise do Quadro 2, podemos verificar que a maioria dos sujeitos está infetado pelo vírus tipo 1 (97,5%) e que 82,5% está a tomar a medicação anti-retrovírica.

1.2. Material

De acordo com a revisão da literatura, dedicados à análise das variáveis previamente mencionadas, os instrumentos que mais nos pareceram relevantes para a presente investigação foram: Questionário de caraterização da amostra, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Escala de Sentido de Vida, Brief-Cope, Locus-de-Controlo de Saúde e Satisfaction with Life Scale. Todos eles são anónimos e de auto-resposta.

1.2.1. Questionário de caraterização da amostra

O questionário de caraterização da amostra é constituído por 10 questões de resposta fechada. Destas, as oito primeiras pretendem caraterizar o perfil sociodemográfico dos participantes e referem-se ao género, idade, nacionalidade, local de residência, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade e composição do agregado familiar. As restantes duas questões pretendem caraterizar o perfil clínico dos participantes e referem-se ao tipo vírus e toma da medicação anti-retrovírica.

1.2.2. Hospital anxiety and depression scale (HADS)

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi desenvolvida por Snaith e Zigmond em 1983 com o objetivo de apoiar a prática clínica no reconhecimento de componentes emocionais em doenças físicas. A sua tradução e adaptação à população portuguesa tem a autoria de Ribeiro et al. (2007) e segundo os autores, o reconhecimento dos componentes emocionais “podem aumentar o distress envolvido na doença física,

tornando o diagnóstico mais difícil ou prolongando o tempo de recuperação. Uma vez reconhecido, o distress emocional pode responder bem à gestão antidepressiva e de ansiedade” (2007, p. 225).

A escala é constituída por 14 itens, onde a sua soma fornece um resultado total que mede o distress, bem como duas sub-escalas, uma dedicada à medição da ansiedade através de sete itens, e outra dedicada à medição da depressão, também constituída por sete itens, ambas são cotadas separadamente. Cada item é respondido numa categoria de 4 pontos (0-3), os itens 1, 3, 5, 6, 8 10, 11 e 13 são cotados inversamente e os resultados podem variar entre 0 e 42 para a escala total e 0 e 21, para a depressão e para a ansiedade. Relativamente aos resultados, valores entre 0 e 7 são considerados “normais”, entre 8 e 10 “suaves”, entre 11 e 14 “moderados” e entre 15 e 21 “severos” (Ribeiro et al., 2007).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, de acordo com Ribeiro et al. (2007), esta escala apresenta uma boa consistência interna com o valor do alfa de Cronbach de 0,81 para a escala da depressão, no presente estudo, o alfa de Cronbach é de 0,88. Para a escala da ansiedade, de acordo com o autor o valor do alfa de Cronbach é de 0,76, neste estudo foi de $\alpha=0,84$. Ainda segundo o autor, a correlação entre as duas escalas revelou um $r(1307)= .58$, $p<.0001$, o que significa que existe uma correlação moderadamente alta entre as duas medidas. Neste estudo, as qualidades psicométricas em relação à escala completa, ou seja, em relação aos valores de Distress apresentam uma boa consistência interna com o valor do alfa de Cronbach de 0,91.

1.2.3. Escala de sentido de vida

A escala do Sentido de Vida é da autoria de Guerra, Lencastre, Silva e Teixeira (2014, manuscrito submetido para publicação) e é constituída por sete itens, apresentados sob a forma de respostas do tipo *Likert* com cinco opções de resposta: 1- “*Concordo muito*”, 2- “*Concordo*”, 3- “*Não tenho a certeza*”, 4- “*Discordo*” e 5- “*Discordo muito*”. A cotação é atribuída de 1 a 5 para cada pergunta, a cotação para os itens de formulação positiva (1, 3, 4 e 7) é inversa e os resultados podem variar entre 0 e 35. Numa amostra constituída por 200 participantes diagnosticados com cancro colorctal, o coeficiente de alfa de Cronbach obtido para a escala Sentido de Vida foi de 0,76 (Guerra et al., 2014 manuscrito submetido para publicação), o que representa um valor satisfatório indicando a precisão do instrumento. No presente estudo, o alfa de Cronbach é de 0,85.

1.2.4. Brief-Cope

O Brief-Cope é uma escala que pretende medir as propriedades individuais das estratégias de coping. Inicialmente esta escala foi construída por Carver, Scheier e Weintraub em 1989, contudo a sua tradução e adaptação deve-se a Ribeiro e Rodrigues (2004). A escala é constituída por 28 itens e as respostas dadas são do tipo *Likert* entre quatro opções: 1- “*Nunca ou quase nunca faço isto*”, 2- “*Faço isto às vezes*”, 3- “*Faço isto muitas vezes*” e 4- “*Faço isto sempre ou quase sempre*”. O Brief-Cope é composto por 14 escalas, constituídas por dois itens por escala, estas estão apresentadas no Quadro 3.

Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004), a consistência interna com recurso ao alfa de Cronbach mostra valores adequados atendendo ao fato de serem analisados dois itens por escala. O Quadro 3 mostra os valores de consistência interna da escala do presente estudo e da escala do autor.

Quadro 3

Consistência Interna das Escalas do Presente Estudo e Consistência Interna da Versão Portuguesa de Ribeiro e Rodrigues (2004) entre Parêntesis

| Escalas | Alfa de Cronbach |
|---|------------------|
| 1 – Coping ativo (item 2 e 7) | 0,64 (0,65) |
| 2 – Planear (item 14 e 25) | 0,58 (0,70) |
| 3 – Utilizar suporte instrumental (item 10 e 23) | 0,72 (0,81) |
| 4 – Utilizar suporte social emocional (item 5 e 15) | 0,72 (0,79) |
| 5 – Religião (item 22 e 27) | 0,97 (0,80) |
| 6 – Reinterpretação positiva (item 12 e 17) | 0,63 (0,74) |
| 7 – Auto-culpabilização (item 13 e 26) | 0,79 (0,62) |
| 8 – Aceitação (item 20 e 24) | 0,62 (0,55) |
| 9 – Expressão de sentimentos (item 9 e 21) | 0,61 (0,84) |
| 10 – Negação (item 3 e 8) | 0,73 (0,72) |
| 11 – Auto-distração (item 1 e 19) | 0,48 (0,67) |
| 12 – Desinvestimento comportamental (item 6 e 16) | 0,88 (0,78) |
| 13 – Uso de substâncias (medicamentos/álcool) (item 4 e 11) | 0,98 (0,81) |
| 14 – Humor (item 18 e 28) | 0,77 (0,83) |

Pela leitura do Quadro 3 podemos observar que a consistência interna das escalas é satisfatória, com exceção da subescala 2 “Planear” e 11 “Auto-distração” pelo qual não as consideramos nas análises posteriores.

1.2.5. Locus-de-controlo de saúde

A construção da escala de Locus-de-Controlo de Saúde é da autoria de Ribeiro (1994) e tem como objetivo identificar fatores psicológicos que estão associados à saúde. A construção desta escala consistiu na recolha de itens das escalas de Wallston et al. (1976), Wallston et al. (1978) e Lau e Ware (1981) e a sua forma final é constituída por 14 itens, dos quais oito pertencem ao primeiro fator, designado por “Locus de Controlo” (LC), e seis ao segundo fator, “Outros poderosos” (OP).

As respostas são dadas numa escala *Likert* de sete posições: A- “*Discordo totalmente*”, B- “*Discordo bastante*”, C- “*Discordo um pouco*”, D- “*Não concordo nem discordo*”, E- “*Concordo um pouco*”, F- “*Concordo bastante*” e G- “*Concordo totalmente*”. O resultado do somatório de todos os itens desta escala varia entre 14 e 98 pontos, sendo que “O valor mais baixo corresponde ao locus externo e o mais elevado ao locus interno” (Ribeiro, 1994, p. 211).

De acordo com Ribeiro (1994), relativamente às suas qualidades psicométricas, a solução fatorial explica 41,8% da variância total. Os valores da consistência interna, precisamente o alfa de Cronbach, para o primeiro fator foi de $\alpha = 0,75$ e para o segundo fator de $\alpha = 0,74$, sendo que a consistência interna para a escala total foi de $\alpha = 0,69$, o que demonstra a precisão do instrumentos com resultados satisfatórios. Neste estudo o alfa de Cronbach para a escala total é de 0,75.

1.2.6. Satisfaction with life scale

Esta escala tem as suas origens na escala Satisfaction with Life Scale (SWLS) desenvolvida por Diener et al. (1985), contudo a sua tradução e adaptação à população portuguesa deveu-se a Neto (1993). Segundo o autor, o seu objetivo destina-se à “avaliação global da satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo” (1993, p. 125) e é apresentada em cinco itens apresentados numa escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos: 1- “*Fortemente em desacordo*”, 2- “*Desacordo*”, 3- “*Levemente em desacordo*”, 4- “*Nem de acordo nem em desacordo*”, 5- “*Levemente de acordo*”, 6- “*Acordo*” e 7- “*Fortemente de acordo*”. A soma da pontuação dos itens varia entre 5 a 35 pontos e os

resultados que podem ser obtidos são: 35-31- extremamente satisfeito; 30-26- satisfeito; 25-21- ligeiramente satisfeito; 20- neutro; 19-15- ligeiramente insatisfeito; 14-10- insatisfeito; 9-5- extremamente insatisfeito (Diener et al., 1985).

De acordo com Neto (1993), em relação à sua consistência interna, a análise dos componentes principais apenas se revelou num único fator, explicando 53,3% da variância e o valor do alfa de Cronbach foi de 0,87 o que revela boas propriedades psicométricas e boa precisão do instrumento. Neste estudo o alfa de Cronbach é de 0,76.

1.3. Procedimento

A recolha da amostra decorreu entre Janeiro de 2014 e Abril de 2014, no Novo Centro Hospitalar do Porto e na Associação ABRAÇO do Porto.

Antes do início do estudo foi solicitado o parecer ético sobre a investigação, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração pelo Secretariado dos Estudos de Investigação do Centro Hospitalar do Porto, que se revelou favorável (ver Anexo A).

O preenchimento do protocolo de investigação junto dos utentes foi realizado no final da consulta tanto no serviço de Consultas Externas do Centro Hospitalar do Porto, como na Associação ABRAÇO. Para este efeito foi fornecido o Folheto Informativo (ver Anexo B), que continha os objetivos do estudo, o papel dos participantes e onde foi sublinhada a participação voluntária juntamente com questões de confidencialidade. Também foram fornecidas indicações de preenchimento e espaço para esclarecer possíveis dúvidas.

Os formulários eram de auto-preenchimento, preenchidos na presença da aluna/investigadora e no fim do processo foram devolvidos em envelope branco fechado, sem qualquer identificação e introduzidos em caixa “tipo urna” específica para o efeito.

Este trata-se de um estudo descritivo constituído por uma amostra de conveniência. O desenho de investigação é analítico-transversal, pois procuramos explicar os resultados através das relações estatísticas (correlações) entre as diferentes variáveis num único momento e o método é correlacional (Ribeiro, 1999).

1.4. Análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 20) e o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas em estudo. Para a exploração dos dados recorreu-se à análise das frequências absolutas (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas nominais e ordinais, e a média (M) e desvio-padrão (DP) para as variáveis quantitativas. A consistência interna dos instrumentos utilizados foi verificada através do α -Cronbach, que mede o grau em que cada item faz parte da escala completa. Para observar se os dados cumprem uma distribuição normal, ou seja, uma curva tipo sino com uma altura apropriada e simétrica, utilizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, indicado para amostras > 30 .

A caracterização das variáveis psicológicas em estudo foi analisada recorrendo à média (M) e desvio-padrão (DP), por se tratarem de variáveis quantitativas.

Uma vez que os valores se distribuem normalmente, recorreremos à estatística paramétrica.

Em relação às análises diferenciais relativas às variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes *t de Student* para *amostras independentes* para analisar as variáveis género, local de residência, estado civil e toma da medicação anti-retrovírica, uma vez que pretendemos comparar as médias dos resultados de variáveis contínuas em dois grupos diferentes. As análises de variância *ANOVA entre grupos* foram conduzidas para analisar as variáveis idade e escolaridade, uma vez que se tratam de grupos diferentes e pretendemos testar o impacto destas variáveis na nossa variável dependente.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) para conhecer a força de associação entre as diferentes variáveis, sendo esta uma medida de intensidade de associação existe entre variáveis quantitativas.

Para o estudo das variáveis preditoras da satisfação com a vida e para investigar a percentagem de variância por elas explicada, foi utilizada a análise de regressão linear múltipla através do método *enter*, em que variáveis independentes são escolhidas pelo investigador e introduzidas simultaneamente na equação.

Resultados

Nesta parte pretendemos apresentar os resultados das análises estatísticas realizadas. No primeiro momento apresentamos as análises descritivas das variáveis sociodemográficas e das variáveis psicológicas distress, sentido de vida, coping, locus de controlo e da variável resultado satisfação com a vida. Seguem-se as análises correlacionais e por último os modelos preditores.

1. Caraterização das variáveis psicológicas distress, sentido de vida, coping, locus de controlo e satisfação com a vida

A média das respostas obtidas nas variáveis estudadas foram para a escala Distress 16,1 ($DP= 9,4$). Para a escala Sentido de vida 23,8 ($DP= 5,2$). No Quadro 4 estão apresentadas as médias de respostas obtidas nas diferentes subescalas da escala de Brief-Cope. Para a escala Locus de controlo 67,5 ($DP= 10,9$).

Quadro 4

Estatísticas Descritivas *Brief-Cope*

| Dimensão | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|--------------------------------|----------|-----------|
| Coping ativo | 5,6 | 1,48 |
| Uso suporte instrumental | 4,9 | 1,22 |
| Uso suporte social emocional | 5,0 | 1,60 |
| Religião | 4,9 | 2,40 |
| Reinterpretação positiva | 4,7 | 1,62 |
| Auto-culpabilização | 4,7 | 1,83 |
| Aceitação | 5,8 | 1,47 |
| Expressão de sentimentos | 4,2 | 1,60 |
| Negação | 4,5 | 1,73 |
| Desinvestimento comportamental | 3,3 | 1,59 |
| Uso de substâncias | 2,5 | 1,19 |
| Humor | 2,9 | 1,52 |

Por último, a média das respostas obtidas na escala Satisfação com a vida corresponde a 20,3 ($DP= 6,7$).

2. Estudo das diferenças de satisfação com a vida

2.1. Variáveis sociodemográficas

Neste ponto apresentamos as análises diferenciais relativas às variáveis sociodemográficas.

O teste *t-Student* para amostras independentes foi conduzido para comparar os resultados da satisfação com a vida entre homens e mulheres. Não há diferenças significativas nos resultados entre homens ($M= 19,5$, $DP= 6,62$) e mulheres ($M= 21,6$, $DP= 7,09$; $t(38) = -0,936$, $p=0,355$).

Para amostras independentes foi conduzido o mesmo teste para comparar os resultados da satisfação com a vida entre os participantes que moram em zonas rurais e urbanas. Não há diferenças significativas nos resultados entre quem mora em zonas rurais ($M= 20,4$, $DP= 3,84$) e entre quem mora em zonas urbanas ($M= 20,2$, $DP= 7,15$; $t(38) = 0,35$, $p=0,972$).

O mesmo teste foi realizado para explorar o impacto do estado civil nos níveis da satisfação com a vida. Para este efeito agrupamos em duas categorias (acompanhados/casados/união de facto e divorciados/solteiros/viúvos). Não observamos também diferenças significativas entre os participantes que vivem acompanhados ($M= 19,9$; $DP= 7,29$) e sós ($M= 21,3$, $DP= 5,2$; $t(38) = 0,532$, $p=0,598$).

A análise de variância *ANOVA entre grupos* foi conduzida para explorar o impacto da idade nos níveis da satisfação com a vida. Os participantes foram divididos em cinco grupos de acordo com a sua idade (Grupo 1: 29 anos ou menos; Grupo 2: 39 anos ou menos; Grupo 3: 49 anos ou menos; Grupo 4: 59 anos ou menos; Grupo 5: 60 anos ou mais). Não se verificaram também diferenças significativas nos três grupos em relação à idade $F(4,35) = 0,883$, $p= 0,484$.

O mesmo teste foi ainda utilizado para explorar o impacto da escolaridade nos níveis da satisfação com a vida. Para este efeito os participantes foram divididos em quatro grupos de acordo com o nível de escolaridade (Grupo 1: não sabe ler e escrever/sabe ler e escrever/1º ciclo; Grupo 2: 2º ciclo/3º ciclo; Grupo 3: ensino secundário; Grupo 4: ensino superior). Não existem diferenças significativas nos quatro grupos em relação à escolaridade $F(3,36) = 1,208$, $p= 0,321$.

Verificamos assim que não existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida relativamente às variáveis sociodemográficas (*género, zona de residência, idade, estado civil e escolaridade*).

2.2. Variáveis clínicas

Neste ponto apresentamos as análises diferenciais relativas às variáveis clínicas.

O teste *t-Student* para amostras independentes foi conduzido para comparar os resultados da satisfação com a vida entre sujeitos que tomam a medicação anti-retrovírica e os que não tomam. Não há diferenças significativas nos resultados entre os que tomam ($M= 19,6$, $DP= 6,75$) e os que não tomam ($M= 23,2$, $DP= 6,65$; $t(38) = 0,997$, $p= 0,205$).

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida relativamente à variável clínica *toma da medicação anti-retrovírica*.

3. Relação do distress, sentido de vida, coping e locus de controlo com a satisfação com a vida

Realizou-se a análise das associações existentes entre as variáveis psicológicas em estudo – distress, sentido de vida, coping, locus de controlo - com a satisfação com a vida.

O Quadro 5 apresenta as análises relativamente à associação existente entre distress, sentido de vida, as 12 escalas do coping (coping ativo, suporte instrumental, suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor) e locus de controlo com a satisfação com a vida, investigadas usando o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Quadro 5

Coeficientes de Correlação de *Pearson* entre Distress, Sentido de vida, Coping, Locus de controlo com a Satisfação com a vida

| | <i>Satisfação com a vida</i> |
|---------------------------|------------------------------|
| Distress | $r=-0,57(**)$ |
| (pontuação total) | |
| Sentido de vida | $r=0,43(**)$ |
| (pontuação total) | |
| Domínios do Coping | |
| Reinterpretação positiva | $r=0,33(*)$ |
| Auto-culpabilização | $r=-0,49(**)$ |
| Aceitação | $r=0,38(*)$ |
| Expressão de sentimentos | $r=-0,35(*)$ |
| Negação | $r=-0,37(*)$ |
| Uso de substâncias | $r=-0,38(*)$ |
| Locus de controlo | $r=0,059$ |
| (pontuação total) | |
| $(**) p<0,01$ | |
| $(*) p<0,05$ | |

Pela leitura do Quadro 5 podemos verificar que a satisfação com a vida se correlaciona de forma forte, negativa e significativamente com o distress sugerindo que as

pontuações elevadas no instrumento de distress se associam com uma pior perceção da satisfação com a vida.

Relativamente à associação entre satisfação com a vida e sentido de vida, podemos verificar que a correlação é moderada, positiva e significativa sugerindo que quanto mais elevada for a pontuação no instrumento de sentido de vida melhor é a perceção de satisfação com a vida.

Passando à análise da associação entre escalas de coping e satisfação com a vida, podemos observar que dos 12 domínios, apenas 6 dimensões se correlacionam significativamente (cf. Quadro 5). Constatamos que a mais elevada se encontra entre satisfação com a vida e a auto-culpabilização. A maioria das correlações variam entre 0,33 (reinterpretação positiva) e 0,49 (auto-culpabilização) sendo portanto essas moderadas. Pela análise podemos verificar que as escalas negação, uso de substâncias, expressão de sentimentos e auto-culpabilização se correlacionam negativamente com a satisfação com a vida, sugerindo que quanto mais elevadas forem estas pontuações menor será a perceção de satisfação com a vida. Quanto às restantes, reinterpretação positiva e aceitação, estas correlacionam-se positivamente de forma moderada com a satisfação com a vida, indicando que quando uma é elevada a outra também.

Não existe uma associação entre o LC e a satisfação com a vida.

Foi nossa intenção estudar as diferentes relações estabelecidas entre as restantes variáveis psicológicas – distress, sentido de vida e coping - e a força da correlação entre si. A referida análise é apresentada nos Quadro 6 e Quadro 7.

Quadro 6

Coeficientes de Correlação de *Pearson* entre Sentido de vida, Distress e Coping

| | Sentido de vida |
|--------------------------------|-----------------|
| Distress | $r=-0,65(**)$ |
| Domínios do Coping | |
| Coping ativo | $r=0,39(*)$ |
| Reinterpretação positiva | $r=0,63(**)$ |
| Auto-culpabilização | $r=-0,46(**)$ |
| Aceitação | $r=0,53(**)$ |
| Expressão de sentimentos | $r=-0,37(*)$ |
| Negação | $r=-0,34(*)$ |
| Desinvestimento comportamental | $r=-0,46(**)$ |
| Uso de substâncias | $r=-0,33(*)$ |
| $(**) p<0,01$ | |
| $(*) p<0,05$ | |

Pela leitura do Quadro 6 podemos observar que o distress se correlaciona forte, negativa e significativamente com o sentido de vida, indicando que quanto mais elevados

forem os níveis de distress menor será a percepção de sentido de vida. Em relação aos domínios do coping, tanto a reinterpretação positiva como a aceitação têm os valores mais elevados de correlação significativa e forte com o sentido de vida, ambos positivamente, indicando que estes domínios, quando presentes favorecem a percepção do sentido de vida.

Quadro 7

Coeficientes de Correlação de *Pearson* entre Distress e Coping

| | Distress |
|--------------------------------|---------------|
| Domínios do Coping | |
| Coping ativo | $r=-0,49(**)$ |
| Reinterpretação positiva | $r=-0,52(**)$ |
| Auto-culpabilização | $r=0,58(**)$ |
| Aceitação | $r=-0,59(**)$ |
| Expressão de sentimentos | $r=0,41(**)$ |
| Negação | $r=0,67(**)$ |
| Desinvestimento comportamental | $r=0,46(**)$ |
| Uso de substâncias | $r=0,34(*)$ |
| $(**) p<0,01$ | |
| $(*) p<0,05$ | |

Pela leitura do Quadro 7 podemos verificar que em relação ao distress e aos domínios do coping, os mais elevados são a negação, que se correlaciona de forma forte, positiva e significativamente com o distress indicando que quanto maior for a negação mais altos serão os níveis de distress, e a aceitação, que se correlaciona também de forma forte, negativa e significativamente com o distress indicando que quanto maior é a aceitação menor são os níveis de distress.

4. Modelo preditor de Satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA

O procedimento de regressão linear múltipla através do método «enter» foi conduzido para prever a satisfação com a vida tendo por base as correlações preliminares com base no Quadro 5 e a revisão teórica (Park et al., 2010). Escolhemos incluir neste modelo as variáveis distress e sentido de vida.

Depois de cumpridos os pressupostos da regressão, os resultados indicam que o modelo é significativo $F(2,37) = 9.17$, $p<001$ e explica 33,1% da variância.

Constatamos contudo que a contribuição única só se verifica relativamente ao distress $\beta=-.501$, $p<0,01$ deixando o sentido de vida de ter um contributo único.

Adicionalmente fizemos ainda duas regressões para as duas variáveis que se correlacionam com a satisfação com a vida no sentido de explorar melhor as suas relações.

4.1. Modelo preditor do Distress

A escolha para o modelo de regressão da predição do distress baseou-se nas correlações mais elevadas dessa variável com coping negação e sentido de vida (cf. Quadro 6 e 7). Após cumpridos os pressupostos da regressão, os resultados indicam que o modelo é significativo $F(2,37) = 35.27, p < 0.001$ e explica 65,6% da variância. As variáveis sentido de vida $\beta = -.482, p < 0,01$ e coping negação $\beta = -.505, p < 0,01$ predizem significativamente o distress.

4.2. Modelo preditor do Sentido de vida

Por fim fizemos uma regressão para a predição do sentido de vida cujas variáveis escolhidas foram coping de reinterpretação positiva e de aceitação (cf. Quadro 6). Os resultados indicam que o modelo é significativo $F(2,37) = 16.88, p < 0.001$ e explica 47,7% da variância. As variáveis coping reinterpretação positiva $\beta = -.500, p < 0,01$ e coping aceitação $\beta = -.297, p = 0,03$ predizem significativamente o sentido de vida.

Discussão

Neste capítulo pretendemos dar resposta aos objetivos estabelecidos para o desenvolvimento e realização do presente trabalho.

O primeiro objetivo prende-se com as variáveis psicológicas estudadas nesta investigação (distress, sentido de vida, coping, locus de controlo e satisfação com a vida) e com a comparação dos nossos resultados com amostras de outros estudos.

A média do distress nesta amostra de pessoas seropositivas (16,1) fica acima da média encontrada no estudo de Meneses, Ribeiro, da Silva e Giovagnoli (2008) em pessoas diagnosticadas com epilepsia focal (13,7). Estes resultados sugerem que a vivência de uma doença crónica como o VIH é causadora de mau-estar e o indivíduo experiencia reações de ansiedade, stress ou depressão que podem ter um impacto negativo no curso da doença.

Comparamos os nossos resultados (23,8) relativos à mesma escala de sentido de vida com uma população oncológica e verificamos que a média das pessoas seropositivas é bastante inferior, pois no cancro colorctal a média foi de 27,67 e no cancro da mama de 28,09 (Guerra et al., 2014 manuscrito submetido para publicação). Esta constatação indicia que provavelmente as pessoas portadoras do vírus VIH poderão ser menos aceites socialmente levando a que não sejam capazes de desenvolver os seus projetos de vida da forma mais desejável, necessitando de intervenção psicológica para aumentar esta dimensão que se revela fundamental na adaptação à doença.

Relativamente ao coping verificamos que numa amostra com mulheres diagnosticadas com cancro da mama (Carver et al., 1993) as médias dos nossos resultados são superiores em todos os domínios apresentados. Mais especificamente, o coping Aceitação foi o que obteve maior média na nossa amostra (5,8) que coincidiu com o valor mais elevado (3,7) na amostra no estudo de Carver et al. (1993). Estes resultados sugerem que em relação à forma como as pessoas lidam com eventos stressantes, mais precisamente o comportamento que mais adotam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes é o de aceitação, ou seja, aceitam o facto que o evento stressante ocorre e é real (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Consideramos este um coping adaptativo para um ajustamento adequado e o facto de esta amostra estar maioritariamente em tratamento TARV e comparecerem às consultas no hospital e de psicologia, confronta-os com a sua própria condição favorecendo, a este nível, a adaptação à doença e a sua aceitação. No mesmo sentido, comparando os resultados obtidos numa amostra de doentes portugueses

com lesão vértebra-medular (Ferreira, 2012) as médias do presente estudo foram também superiores na generalidade considerando sobretudo a aceitação (5,8) e coping activo (5,6) que no estudo de Ferreira foram respectivamente (5,1) e (4,67).

O LC não apresenta variabilidade pelo que não conseguimos comparar pessoas com locus mais externo ou mais interno, tendo sido maioritariamente externo (67,5). Contudo, em comparação com uma amostra normal no estudo de Balola (2012), estes resultados parecem ser semelhantes na medida em que os resultados do LC externo foram dominantes. Esta invariabilidade nos nossos resultados mostrou que as pessoas percebem o que lhes acontece na vida como não tendo relação com o seu comportamento e estando fora do seu controlo (controlo externo). Estes resultados podem-se dever ao facto de se tratar de uma amostra proveniente de um hospital e de uma associação (consultas de psicologia) onde as pessoas mantêm um contacto regular com médicos e outros profissionais de saúde e que a grande maioria esteja a tomar os anti-retrovíricos (como justificado nos valores do coping) e, desta forma, a sua percepção de controlo da doença se aplique a estes fatores externos.

Em relação à satisfação com a vida, a média desta amostra de pessoas seropositivas (20,3) é inferior à encontrada no estudo de Neto (1993) com uma população saudável (24,1) e também é inferior (21,83) à de um estudo sobre a satisfação com a vida com doentes que sofreram acidente vascular cerebral (Moreira, 2011) e de outro (27,96) com mulheres com cancro da mama (Fonseca, 2011).

De facto estes resultados vão ao encontro com a ideia de que o bem-estar psicológico tem um efeito direto na satisfação com a vida (Heckman, 2003) e que a vivência de uma doença como o VIH diminui esta percepção e dificulta a sua adaptação mesmo comparando com outras doenças potencialmente fatais. Um dado curioso, é que, de acordo com um estudo desenvolvido em 2009 Reis, Guerra e Lencastre (2013) a média observada da satisfação com a vida numa amostra de 154 pessoas seropositivas portuguesas analisada por estádios foi bastante inferior à do presente estudo tendo-se verificado as seguintes médias nos portadores assintomáticos (16,55); sintomáticos (16,36) e com sida, (14,11). Estes dados podem sugerir que os avanços nos tratamentos anti-retrovíricos, a crescente sensibilização em relação à doença (diminuindo a discriminação) e a disponibilidade de acompanhamento médico e de outros profissionais (psicologia, medicina dentária, nutrição, entre outros) contribuíram para uma melhoria no bem-estar e para a percepção de uma maior satisfação com a vida atualmente.

O segundo objetivo do presente estudo pretendia analisar as diferenças sociodemográficas e clínicas com a nossa variável principal em estudo, a satisfação com a vida. Verificamos que nos nossos resultados não existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida relativamente às variáveis sociodemográficas (género, zona de residência, idade, estado civil e escolaridade). Indo de encontro aos nossos resultados, o estudo de Buseh et al. (2006) numa amostra de pessoas seropositivas, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida, a idade e o nível de educação. No entanto encontramos diferenças no estudo de Fonseca, Paúl e Martin (2008) sobre satisfação com a vida em pessoas idosas. Assim, parece-nos que a influência destas variáveis deve continuar a ser estudada tendo também em conta as particularidades institucionais onde os sujeitos são avaliados.

O terceiro objetivo foi conduzido com o propósito de estudar as associações existentes entre as variáveis psicológicas em estudo – distress, sentido de vida, coping e locus de controlo – com a satisfação com a vida.

A satisfação com a vida pode ser encarada como um fator essencial para uma adaptação bem sucedida para lidar com o VIH (Buseh et al., 2006), desta forma, é suposto que o sentido de vida, construto relacionado com um equilíbrio entre perdas e ganhos e com um propósito na vida (Sommerhalder, 2010), exerça uma influência positiva na satisfação com a vida como verificado no estudo de Park et al. (2010). O presente estudo vai ao encontro desta relação, positivamente associada, a satisfação com a vida com uma melhor perceção de sentido de vida. Sendo este um construto positivo e associado com o bem-estar, é esperado que a satisfação com a vida se relacione negativamente com o distress, como verificado no estudo de Bello et al. (2011) e no presente trabalho, com comportamentos de coping desadaptativos como foi observado nesta investigação (auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e uso de substâncias) que dificultam a adaptação à doença. Pelo contrário, alguns estudos associam estratégias de coping positivas a maiores níveis de satisfação com a vida (Büssing, Ostermann, Neugebauer & Heusser, 2010; Sung, Muller, Ditchman, Phillips & Fong, 2013), o que se verificou também neste estudo, onde estratégias de coping positivas (reinterpretação positiva e aceitação) se correlacionam positivamente com a satisfação com a vida.

Em relação ao LC era esperado que fosse verificada variabilidade nos resultados e que houvesse correlação positiva entre o locus interno e a satisfação com a vida (Hong & Giannakopoulos, 1994), contudo o mesmo não foi observado uma vez que estas variáveis não se correlacionaram.

O quarto objetivo foi formulado com a intenção de estudar as diferentes relações estabelecidas entre as restantes variáveis psicológicas – distress, sentido de vida e coping – e a sua magnitude.

Ter um sentido de vida é crucial para o bem-estar de um indivíduo e exerce influência na saúde e no curso de qualquer doença. Este conceito permite compreender os fatores que influenciam na adaptação à doença e é um elemento essencial para a resolução de problemas (Guerra, 1998). Estando associado a aspetos positivos e de bem-estar, alguns autores defendem que o sentido de vida funciona como facilitador para estratégias de coping positivas e de sucesso (Auhagen, 2000; Jim & Andersen, 2007). No presente estudo verificou-se uma relação significativamente positiva com estratégias de coping positivas (reinterpretação positiva e aceitação) que vão ao encontro dos resultados no estudo de Park, Malone, Suresh, Bliss e Rosen (2008) onde defendem que estratégias de coping como aceitação e reinterpretação positiva se relacionam positivamente com o sentido de vida. Desta forma compreendemos a influência negativa que os processos de coping mais desadaptativos como a auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias exercem sobre o sentido de vida, como verificado no presente estudo. Ainda neste sentido, era esperado que o distress, potenciador de mau-estar, pudesse influenciar negativamente o sentido de vida (Jim & Andersen, 2007; Sherman & Simonton, 2012) e como tal, esses dados foram verificados no nosso estudo onde o distress se correlaciona negativamente com o sentido de vida.

O conhecimento de estratégias de coping eficazes para lidar com o VIH é essencial para ajudar o melhor possível o bem-estar físico e psicológico das pessoas seropositivas (Moskowitz et al., 2009). Como verificado, o distress exerce uma influência negativa no sentido e na satisfação com a vida e estas, por sua vez, relacionam-se positivamente ou negativamente com estratégias de coping mais ou menos adaptativas. No presente estudo verificamos que o distress se correlaciona negativamente com estratégias de coping positivas (coping ativo, reinterpretação positiva e aceitação) e positivamente com estratégias de coping negativas (auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias) sugerindo que a forma como as pessoas lidam com o stress e com os seus problemas exerce influência nos níveis de distress sentidos.

O coping negação e desinvestimento comportamental foram potenciais preditores do distress num estudo com homens seropositivos (Antoni et al., 1995) e num estudo com mulheres diagnosticadas com cancro da mama (Carver et al., 1993), também neste último

estudo, a reinterpretação positiva relaciona-se negativamente com o distress. Todos estes resultados foram verificados no presente estudo. Também o coping de aceitação foi um potencial preditor de baixos níveis de distress no estudo de Carver et al. (1993).

O quinto objetivo da investigação foi conduzido com o intuito de propor um modelo preditor de satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA. Para este efeito escolhemos incluir neste modelo as variáveis distress e sentido de vida. Adicionalmente decidimos explorar melhor as relações entre as variáveis que mais se correlacionam com a satisfação com a vida e propor um modelo preditor entre as variáveis com valores de correlação mais elevadas entre si: escolhemos para o modelo de regressão da predição do distress as variáveis coping negação e sentido de vida e para o modelo de regressão da predição do sentido de vida as variáveis coping reinterpretação positiva e aceitação. Passamos à análise destas variáveis em particular.

O distress pode ser visto como um estímulo interno, despoletador de níveis de ansiedade e depressão que colocam o indivíduo numa situação de stress e em confronto com o estatuto de seropositivo. As mudanças nos estados emocionais dos portadores do vírus são consideradas normais, no entanto deve ser dada a devida atenção pois estas influenciam o curso da doença e a sua adaptação. No nosso estudo, o distress correlaciona-se negativamente com a satisfação com a vida confirmando que este fator afeta a perceção e o sentimento de uma vida satisfatória. Já o sentido de vida funciona como um facilitador para a resiliência emocional e para a diminuição de afetos negativos, contribuindo para uma melhor adaptação à doença e a uma melhoria nos níveis de satisfação com a vida. O modelo preditor destas variáveis explicam 33,1% da variância, constatamos contudo que a contribuição única se verifica relativamente ao distress, ou seja, este é o fator que maior contribuição apresenta para a explicação da perceção da satisfação com a vida. Em concreto, a relação entre satisfação com a vida e o distress é negativa sugerindo que a experiência de depressão e ansiedade desfavorecem a satisfação com a vida. Verificamos na literatura que estas duas variáveis se correlacionam negativamente (Bello et al., 2011).

Procuramos perceber de que forma o sentido de vida e o coping de negação (as duas variáveis que mais se correlacionam) predizem o distress. Podendo o VIH ser visto como um fator despoletador de stress, o indivíduo atua em relação aos seus processos de avaliação e de coping, e estes podem ser mais ou menos adaptativos, e vão influenciar o seu bem-estar e a adaptação à doença. Dentro das diferentes estratégias definidas no Brief-Cope, o coping de negação é visto como uma “tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante” (Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 10), o que na nossa opinião,

pode ser considerada uma estratégia desadaptativa uma vez que o não confronto com a realidade vai promover a negligência em relação ao estado de saúde e diminuir os níveis de cuidados e adesão. Os nossos resultados indicam que o modelo explica 65,6% da variância e que estas variáveis (sentido de vida e negação) predizem o distress, sendo que a primeira se correlaciona negativamente e a segunda positivamente.

Antoni et al. (1995) verificaram que o coping de negação era um potencial preditor do distress, desta forma, consideramos que o uso de estratégias de coping eficazes são essenciais para melhorar o bem-estar físico e psicológico das pessoas seropositivas (Moskowitz et al., 2009). Em relação ao sentido de vida, como foi referido anteriormente, o distress é um potenciador de mau-estar e estas variáveis têm uma influência negativa (Jim & Andersen, 2007; Sherman & Simonton, 2012). Assim, consideramos pertinente a monitorização de estados de ansiedade e depressão, potenciadores de desconforto e distress psicológico, de forma a promover o bem-estar do indivíduo.

Por fim, pretendemos compreender de que forma o coping reinterpretção positiva e aceitação (as duas variáveis que mais se correlacionam positivamente com o sentido de vida) predizem esta última variável. Verificamos que o coping reinterpretção positiva e aceitação predizem significativamente o sentido de vida e o modelo explica 47,7% da variância. Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004), a reinterpretção positiva, domínio positivo do coping, pressupõe que o indivíduo que utilize esta estratégia faça o melhor possível pela situação e que cresça a partir dela, ou que a veja de um modo mais favorável e a aceitação relaciona-se, como o nome diz, com o aceitar que o facto que o evento stressante ocorreu e é uma situação real. O nosso estudo mostrou uma relação positiva entre estas estratégias e o sentido de vida, como verificado no estudo de Park et al. (2008), onde esta mesma condição ocorreu. Estes resultados sugerem a importância da aceitação do estatuto de seropositivo bem como da sua doença e sublinha a defesa de que as crises, neste caso ser portador do vírus VIH, não podem ser vistas apenas como uma faceta negativa, pois segundo Guerra (1994) e os teóricos humanistas, estas podem ser consideradas como oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento físico e psicológico. Este argumento vai ao encontro dos benefícios da utilização de estratégias de coping como a reinterpretção positiva, associado a aspetos positivos e de bem-estar, como o sentido de vida (Auhagen, 2000; Jim & Andersen, 2007).

Conclusão

Neste ponto pretendemos reunir as ideias chave que resultaram da realização deste trabalho, mencionar aspetos a considerar em futuros trabalhos e referir as limitações do presente estudo.

O principal objetivo desta investigação visa compreender as variáveis envolvidas na satisfação com a vida na Infecção VIH/SIDA entendendo esta variável como uma forma positiva de adaptação à doença e a sua relação com o distress, sentido de vida, coping e LC referenciadas na literatura como influentes no processo de ajustamento à doença.

Resumidamente verificamos com o presente trabalho que as estratégias de coping exercem uma influência muito forte na satisfação com a vida. Mais precisamente, estratégias de coping adaptativas e positivas como a aceitação, reinterpretação positiva e coping ativo revelaram-se grandes influenciadores para uma melhor perceção de sentido de vida, menos distress e mais satisfação com a vida. Desta forma, o uso de estratégias de coping adaptativas vão proporcionar mais sentido de vida e menos distress que, por sua vez, vão aumentar os níveis de satisfação com a vida. Pelo contrário, estratégias de coping desadaptativas como a auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e uso de substâncias revelaram-se potenciadores de mau estar, mais distress, menos satisfação com a vida, promovem a negligência em relação ao estado de saúde e diminuem os cuidados e a adesão uma vez que não existe confronto com a realidade. Mais ainda, o distress é um preditor da satisfação com a vida, o sentido de vida e o coping de negação são preditores do distress e coping reinterpretação positiva e aceitação são preditores do sentido de vida, reforçando a importância do conjunto destas variáveis para o bem-estar e adaptação à doença do seropositivo.

De facto, a vivência de uma doença crónica como o VIH é causadora de mau-estar, stress e o indivíduo experiencia reações de ansiedade e depressão (distress) que têm um impacto negativo no curso da doença e na adaptação que revela ser menor quando os indivíduos não desenvolvem os seus projetos de vida (sentido de vida), possivelmente pela fraca aceitação e discriminação por parte da sociedade. Todos estes fatores diminuem a satisfação com a vida. No entanto, os avanços nos tratamentos anti-retrovíricos, a crescente sensibilização da doença e a disponibilidade de acompanhamento de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, nutricionistas, entre outros) confrontam o indivíduo com o seu estatuto, sentem-se aceites neste contexto, promovem a aceitação da

doença e da realidade dos eventos que, por sua vez, aumentam o bem-estar e a satisfação com a vida. Esta ideia reforça a importância que a psicologia clínica e da saúde exerce na doença, vista como uma área multidisciplinar.

No que se refere à satisfação com a vida, observamos como era esperado, uma média inferior à população normal (Neto, 1993) e outras com outro tipo de doenças (Fonseca, 2011; Moreira, 2011), mas curiosamente uma média superior comparativamente a uma amostra de pessoas seropositivas portuguesas avaliadas em 2009 (Reis et al. 2013). Estes dados parecem indiciar uma evolução positiva na população seropositiva, com melhores condições para a satisfação com a vida no presente.

Uma vez verificado que genericamente o sentido de vida obteve médias mais baixas na nossa amostra em relação a outros estudos e mais níveis de distress, ressaltamos a importância desta investigação na medida em que o seu contributo, ou seja, a observação conjunta de algumas variáveis que se revelaram fundamentais neste contexto, deva dar resposta a esta problemática e direcionar a intervenção clínica e psicológica dos seropositivos no sentido de uma melhoria destes domínios. Neste sentido, ter em especial atenção que as variáveis psicológicas exercem uma grande influência na forma como os seropositivos aceitam, lidam e se adaptam à doença, que por sua vez se poderá repercutir também em resultados positivos nos estados físicos, bem como na adesão aos tratamentos. Os estados de ansiedade e depressão devem ser monitorizados, o desenvolvimento de projetos e objetivos de vida devem ser reforçados bem como, respostas desadaptativas (negação, uso de substâncias, auto-culpabilização, desinvestimento comportamental) devem ser diminuídas e substituídas por respostas adaptativas como a ajuda em aceitar o facto que o evento ocorreu e é real (aceitação) e promover o crescimento a partir da situação, vendo-a de um modo mais favorável (reinterpretação positiva), juntamente com o início de uma ação para remover ou circunscrever os eventos stressores (coping ativo).

Este estudo apresenta como limitação em primeiro lugar, o facto de ser um estudo transversal e correlacional em vez de longitudinal. Ainda o facto da amostra não ser representativa da população seropositiva portuguesa sendo proveniente de um hospital e de uma associação onde a amostra tende a ser mais homogénea, não contribuindo para uma variabilidade nos nossos resultados. Nesta linha, sugerimos como estudos futuros a condução de um estudo com amostras de portadores da Infecção VIH/SIDA numa população mais heterogénea e em diferentes instituições e zonas do país. Também consideramos que era importante o estudo futuro das implicações que a forma de contágio

tem no curso da doença, na percepção da satisfação com a vida, na sua aceitação bem como na sua adaptação, uma vez que durante o processo de recolha de dados, este fator apareceu como diferenciador nos estados de aceitação da condição de ser seropositivo. Sugerimos assim que estudos longitudinais poderão dar uma melhor resposta às últimas situações referidas.

Referências bibliográficas

- Antoni, M. H., Goldstein, D., Ironson, G., LaPerriere, A., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N. (1995). Coping Responses to HIV-1 Serostatus Notification Predict Concurrent and Prospective Immunologic Status. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2(4), 234-248.
- Auhagen, A. E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59(1), 34-48. doi: 10.1024//1421-0185.59.1.34
- Balola, M. (2012). Locus de controlo e adesão à terapêutica na doença reumática infantil. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 433-446.
- Bello, I., Steffen, J., & Hayashi, K. (2011). Cognitive motivational systems and life satisfaction in serious and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 20(7), 1061-1069. doi: 10.1007/s11136-010-9842-y
- Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., . . . Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives Of General Psychiatry*, 58(8), 721-728.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology. Integrating Mind and Body*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Brincks, A. M., Feaster, D. J., & Mitrani, V. B. (2010). A Multilevel Mediation Model of Stress and Coping for Women with HIV and Their Families. *Family Process*, 49(4), 517-529. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01337.x
- Buseh, A. G., Kelber, S. T., Hewitt, J. B., Stevens, P. E., & Park, C. G. (2006). Perceived stigma and life satisfaction: experiences of urban African American men living with HIV/AIDS. *International Journal of Men's Health*, 5(1), 35-51.
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10, 507-507. doi: 10.1186/1471-2458-10-507
- Carver, C. S., Harris, S. D., Noriega, V., Pozo, C., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat Jr, F. L., Clark, K. C. & Scheier, M. F. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- Ferreira, M. (2012). Adaptação à lesão vertebro-medular: influência da felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e coping na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado apresentada à FPCE-UP.
- Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., & Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), 239-263.
- Fonseca, A. M., Paúl, C. & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7(2), 87-102. doi: 10.1386/pjss.7.2.87_1
- Fonseca, S. (2011). A adaptação à doença em mulheres com cancro da mama: a influência do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto:FPCEUP
- Gibson, K., Rueda, S., Rourke, S. B., Bekele, T., Gardner, S., Fenta, H., Hart the Ohtn Cohort Study, Trevor A. (2011). Mastery and Coping Moderate the Negative Effect of Acute and Chronic Stressors on Mental Health-Related Quality of Life in HIV. *AIDS Patient Care & STDs*, 25(6), 371-381. doi: 10.1089/apc.2010.0165
- Gomes, R. D., Borges, J. P., Lima, D. B., & Farinatti, P. T. V. (2010). Efeito do exercício físico na percepção de satisfação de vida e função imunológica em pacientes infectados pelo HIV: Ensaio clínico não randomizado. (Portuguese). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(5), 390-395.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M. J., Parent, J., Grover, K. W., & Hickey, M. (2012). HIV Symptom Distress and Anxiety Sensitivity in Relation to Panic, Social Anxiety, and Depression Symptoms Among HIV-Positive Adults. *AIDS Patient Care & STDs*, 26(3), 156-164. doi: 10.1089/apc.2011.0309
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 129-140. doi: 10.1080/13548506.2010.521570
- Guerra, M. P. (1991). Algumas considerações sobre a psicologia da doença. *Arquivos de Medicina*, 4(4), 366-373.
- Guerra, M. P. (1992). Droga e SIDA: Qual a relação? *Jornal de Psicologia*, 10(1), 26-29.
- Guerra, M. P. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à seropositividade ao vírus VIH. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 381-388.
- Guerra, M. P. (1997). Resultados da aplicação de um modelo de adaptação psicológica numa população seropositiva: Reflexões decorrentes sobre a qualidade de vida. J.

- Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 357-369). Lisboa: ISPA
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA. Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século
- Guerra, M., Lencastre, L., Silva, E. & Teixeira, P. (2014). *Meaning of Life in Medical Settings: a new measure*. (Manuscrito submetido para publicação).
- Hand, G. A., Phillips, K. D., & Dudgeon, W. D. (2006). Perceived stress in HIV-infected individuals: physiological and psychological correlates. *AIDS Care*, 18(8), 1011-1017.
- Heckman, T. G. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model: Explaining Life Satisfaction in People Living With HIV Disease. *Health Psychology*, 22(2), 140-147. doi: 10.1037/0278-6133.22.2.140
- Hong, S. & Giannakopoulos, E. (1994). The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *Journal of Psychology*, 128(5), 547-558.
- Israelski, D. M., Prentiss, D. E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad, M., . . . Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19(2), 220-225.
- Jacobs-Lawson, J., Waddell, E., & Webb, A. (2011). Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Current Psychology*, 30(2), 173-183. doi: 10.1007/s12144-011-9108-z
- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal Of Health Psychology*, 12(Pt 3), 363-381.
- Johnson, M. O., & Neilands, T. B. (2007). Coping with HIV treatment side effects: conceptualization, measurement, and linkages. *AIDS & Behavior*, 11(4), 575-585.
- Kraaij, V., Van Der Veek, S. M. C., Garnefski, N., Schroevers, M., Witlox, R., & Maes, S. (2008). Coping, goal adjustment, and psychological well-being in HIV-infected men who have sex with men. *AIDS Patient Care & STDs*, 22(5), 395-402.
- Logie, C. (2012). *Exploring the experiences of sexual stigma, gender non-conformity stigma and HIV-related stigma and their associations with depression and life satisfaction among men who have sex with men in South India*. (72), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-99010-447&lang=pt-br&site=ehost-live> Available from EBSCOhost psych database.

- Lopez, E. J., Jones, D. L., Villar-Loubet, O. M., Arheart, K. L., & Weiss, S. M. (2010). Violence, coping, and consistent medication adherence in HIV-positive couples. *AIDS Education & Prevention*, 22(1), 61-68. doi: 10.1521/aeap.2010.22.1.61
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. L. P., da Silva, A. M., & Giovagnoli, A. R. (2008). Portuguese Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): usefulness in focal epilepsy. *Internet Journal of Mental Health*, 5(2), 13p.
- Moreira, M. (2011). A influência da esperança, sentido de vida, criatividade e depressão na adaptação ao acidente vascular cerebral. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Bussolari, C., & Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135(1), 121-141. doi: 10.1037/a0014210
- Moskowitz, J. T., & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: a longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology & Health*, 20(4), 509-531.
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134.
- Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., & Rosen, R. I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17(1), 21-26. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0
- Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the Search for Meaning Related to Life Satisfaction? *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 2(1), 1-13. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x
- Pires, S. M. (2006). *Adesão à terapêutica anti-retrovírica: uma meta psicoterapêutica*. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt>.
- Pretorius, C., Walker, S. P., & Esterhuyse, K. G. F. (2010). Coping responses as predictors of satisfaction with life amongst a group of patients diagnosed with diabetes mellitus. *Health SA Gesondheid*, 15(1), 127-131. doi: 10.4102/hsag.v15i1.513
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. *Relationship among Psychopathological Symptoms, Treatment Adherence and Quality of Life in HIV/AIDS Infection.*, 23(3), 420-429.
- Reis, A. C., Guerra, M., & Lencastre, L. (2013). Treatment adherence and Subjective well-being in HIV/AIDS Infection. *AIDS Care*, 25(12), 1604-1611. doi:10.1080/09540121.2013.793276

- Ribeiro, J. L. P. (1994). Reconstrução de uma escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15(4), 207-214.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L. P. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Sánchez, M., Rice, E., Stein, J., Milburn, N. G., & Rotheram-Borus, M. J. (2010). Acculturation, coping styles, and health risk behaviors among HIV positive Latinas. *AIDS & Behavior*, 14(2), 401-409. doi: 10.1007/s10461-009-9618-y
- Sanjuán, P., Ruiz, Á., & Pérez, A. (2011). Life Satisfaction and Positive Adjustment as Predictors of Emotional Distress in Men With Coronary Heart Disease. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 1035-1047. doi: 10.1007/s10902-010-9243-5
- Sherman, A. C., & Simonton, S. (2012). Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: Associations with psychosocial and physical outcomes. *Psychology & Health*, 27(4), 475-490. doi: 10.1080/08870446.2011.592983
- Sommerhalder, C. (2010). Sentido de Vida na Fase Adulta e Velhice. (Portuguese). *Meaning of Life in Adulthood and Later Life. (English)*, 23(2), 270-277.
- Sung, C., Muller, V. R., Ditchman, N., Phillips, B., & Fong, C. (2013). Positive Coping, Self-Efficacy, and Self-Esteem as Mediators Between Seizure Severity and Life Satisfaction in Epilepsy. *Rehabilitation Research, Policy & Education (Elliott & Fitzpatrick, Inc.)*, 27(3), 154-170. doi: 10.1891/2168-6653.27.3.154
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., Caprini-Faigin, C. A., & Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS And Behavior*, 14(2), 379-389.
- Ubbiali, A., Donati, D., Chiorri, C., Bregani, V., Cattaneo, E., Maffei, C., & Visintini, R. (2008). The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study. *AIDS Care*, 20(4), 495-502.
- Wagner, G. J., Goggin, K., Remien, R. H., Rosen, M. I., Simoni, J., Bangsberg, D. R., & Liu, H. (2011). A closer look at depression and its relationship to HIV antiretroviral

adherence. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine*, 42(3), 352-360. doi: 10.1007/s12160-011-9295-8

Wallston, K. A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research*, 6(2), 251-252.

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585.

World Health Organization, (2013). *Media Center*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>

ANEXO A

**Parecer ético da Comissão de Ética para a Saúde do CHP e do Conselho de
Administração do Secretariado dos Estudos de Investigação do CHP**



centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exmo.(a) Sr.(a)

Aluna Sara Rodrigues Duque

Tv.ª S. Dinis, 31 – 3.º dt.

4250-441 Porto

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado Integrado - "Satisfação com a vida em pessoas seropositivas ao vírus da sida" - N/ REF.ª 302/13(178-DEFI/252-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no(s) Serviço(s) de Infeciologia, sendo Investigador(a) Principal, o(a) aluna Sara Rodrigues Duque.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
12/12/2013
Dr. SOUZA ALLEGRO
Presidente
Dr. PAULO BARBOSA
Direção Clínica
Dr.ª ÉLIA GOMES
Vogal Executiva
Dr. PORTO GOMES
Vogal Executiva
Enf.ª EDUARDO ALVES
Enfermeiro Director

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Largo Professor Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.chp.pt

APRECIAÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - Mestrado

| | | |
|---|-----------|--|
| Título: "Satisfação com a vida em pessoas seropositivas ao vírus da sida" | | Ref.ª: 302/13(178-DEFI/252-CES) |
| Protocolo/Versão: | Promotor: | Investigador: Aluna Sara Rodrigues Duque Faculdade Ciências da Educação da UP |

| | |
|---|--|
| <p>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: _____</p> | <p>DIRECÇÃO CLÍNICA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 11/12/2013</p> |
|---|--|

DR. PAULO CLAYTON
(Diretor Clínico)

Em conformidade. Pode ser autorizado



Paula Lopes
Ass.ª. Téc. Graduada
N.º Ordem 30892
Diretora do DEFI

10/12/2013



centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Largo Professor Abel Salazar
4099 - 001 PORTO
www.hgsp.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

| | | |
|---|-----------------|---|
| Deliberação | Data: 4.12.2013 | Órgão: Reunião Plenária |
| Título: "Satisfação com a vida em pessoas seropositivas ao vírus da sida" | | Ref.ª: 302/13(178-DEFI/252-CES) |
| Protocolo/Versão: | | Investigador: Sara Rodrigues Duque Aluna Faculdade Psicologia e Ciências Educação da UP |

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **Trabalho Académico - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 11/12/2013

Data 4.12.2013

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

ANEXO B
Folheto Informativo

Folheto Informativo

“SATISFAÇÃO COM A VIDA EM PESSOAS SEROPOSITIVAS AO VÍRUS DA SIDA”

Objetivo Geral: O objetivo geral deste estudo consiste em perceber a relação entre as variáveis associadas à satisfação com a vida, entendendo esta como uma forma positiva de adaptação à doença. A recolha de dados será realizada através do auto-preenchimento de questionários, sendo assim, a sua participação fundamental para atingir este objetivo, voluntária e sem implicações no seu atendimento clínico habitual.

Papel do Participante: Para a concretização deste estudo é importante a sua colaboração através do preenchimento de um questionário de avaliação que inclui a *Escala de Satisfação com a Vida*. Também solicitamos o preenchimento de outros questionários sobre diferentes aspetos da sua vida relativos à sua saúde, distress, sentido de vida, locus de controlo e coping.

Papel dos Investigadores: Os investigadores comprometem-se a garantir a total confidencialidade sobre os dados fornecidos pelos participantes e a utilizar os dados fornecidos apenas para fins de investigação.

O tempo provável necessário para participar neste estudo é de, aproximadamente, 20 minutos.

Não existe qualquer tipo de penalização caso se recuse a participar ou a interromper a qualquer momento a sua participação neste estudo.

Agradecemos a sua colaboração.

ANEXO C

Declaração de Originalidade

Declaração de Originalidade

Eu, **Sara Rodrigues Duque**, portador do BI/CC: **13539770** declaro, para os devidos efeitos, que o meu trabalho, intitulado **SATISFAÇÃO COM A VIDA EM PESSOAS SEROPOSITIVAS AO VÍRUS DA SIDA** executado na Unidade Curricular **Dissertação de Mestrado**, orientado pelo/a Professor/a **Marina Prista Guerra**, é um trabalho original e inédito, fruto das minhas pesquisas e investigações.

Declaro, ainda, que citei e referenciei todos os autores e documentos por mim utilizados na produção do trabalho. As frases ou parágrafos retiradas de trabalhos ou obras de outros autores (adaptadas ou não) e citadas neste trabalho estão assinaladas entre aspas e devidamente referenciadas, de acordo com as normas requeridas. Declaro, também, que estou ciente de que o plágio – a utilização de partes de um trabalho alheio não devidamente referenciadas – pode resultar na anulação deste trabalho.

(Assinatura)